

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 17 décembre 1883, à 1 heure

Par DANIEL JOUET

Né à Chauvigny (Vienne), le 30 décembre 1856

ÉTUDE SUR LE MORPHINISME CHRONIQUE

Président : M. CHARCOT, professeur,

*Juges : MM. { POTAIN, professeur.
ROBIN, REYNIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

ALPHONSE DERENNE

Boulevard Saint-Michel, 52

1883



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550203_0037

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N°

POUR,

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 17 décembre 1883, à 1 heure

Par DANIEL JOUET

Né à Chauvigny (Vienne), le 30 décembre 1856

ÉTUDE SUR LE MORPHINISME CHRONIQUE

Président : M. CHARCOT, professeur,

*Juges : MM. { POTAIN, professeur.
ROBIN, REYNIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

ALPHONSE DERENNE

Boulevard Saint-Michel, 52

1883

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen M. J. BÉCLARD.

Professeurs MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON.
Anatomie pathologique	DUPLAY
Histologie	CORNIL
Opérations et appareils	ROBIN.
Pharmacologie	LE FORT.
Thérapeutique et matière médicale	REGNAULD.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale	BOUCHARDAT.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PAJOT.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBÈNE.
	VULPIAN.
	G. SÉE.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HARDY.
	POTAIN.
	N.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	PAJOT.

Doyens honoraires : M. WURTZ. M. VULPIAN.

Professeur honoraire.

M. DUMAS

Agrégés en exercice.

MM. BLANCHARD	MM. GUEBHARD	MM. LANDOUZY	MM. REYNIER
BOUILLY	HALLOPEAU	PEYROT	RIEMONT
BUDIN	HANOT	PINARD	RICHELOT
CAMPENON	HANRIOT	POUCHET	RICHEL
DEBOVE	HENNINGER	QUINQUAUD	ROBIN (Albert)
FARABEUF, chef	HUMBERT	RAYMOND	SEGOND
des travaux	HUTINEL	RECLUS	STRAUSS
anatomiques.	JOFFROY	REMY	TERRILLON
GARIEL	KIRMISSON	RENDU	TROISIER

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CHARCOT

A MES JUGES

MM. POTAIN, ROBIN ET REYNIER

ÉTUDE
SUR LE
MORPHINISME CHRONIQUE

INTRODUCTION

On a beaucoup écrit sur le morphinisme, et malgré cela on n'a pas toujours donné la valeur exacte du mot et des différences qui existent entre les divers états produits par l'abus des injections de morphine. Les bibliographies allemandes et anglaises sont les plus riches sur ce sujet, et depuis quelques années seulement.

En France quelques mémoires sur la morphine au moment de sa découverte, quelques articles sur ses divers modes d'emploi, et la thèse de Calvet, avant ces trois dernières années ou la question est reprise avec une certaine importance sont les documents les plus sérieux qui existent.

Levinstein a établi le premier la distinction qui existe entre le morphinisme et la morphiomanie : le premier de ces états appartient à la nosographie vulgaire, il comprend un groupe d'accidents somatiques dus à l'intoxication morphinique ; le second relève directement de la pathologie

mentale ; il constitue une sorte de vésanie maniaque comparable à la dipsomanie.

Ces deux états ne s'excluent pas mutuellement, mais ils ne sont pas liés fatalement l'un à l'autre : le morphinique n'est pas toujours morphiomane, *vice versa* le morphiomane peut ne pas éprouver les accidents du morphinisme.

Mais Levinstein semble n'avoir pas remarqué que tout d'abord, n'est pas morphinique qui veut : certains malades succombent dès la première injection, sans avoir pu s'intoxiquer ; d'autres sujets ne peuvent s'accoutumer au poison malgré la meilleure complaisance, chaque piqûre provoque du malaise et des vomissements qui les forcent à renoncer rapidement à la thérapeutique morphinée, enfin il paraîtrait que les aliénés soumis au régime de la morphine ne deviennent pas facilement morphiniques : au contraire s'ils reviennent à l'état de santé, ce retour à la raison s'annonce souvent par une sorte d'intolérance pour le poison, de plus si ce retour s'effectue complètement, et que l'on supprime brusquement la morphine, l'aliéné guéri n'éprouve rien de la symptomatologie possible de la démorphinisation.

En effet, à côté du type clinique créé par l'habitude morphinique, il en existe un autre, tout aussi complet, sinon plus menaçant de la déshabituatation.

Les auteurs allemands ont beaucoup insisté sur les phénomènes graves de la suppression brusque, mais ils n'ont pas vu le parti que l'on en pouvait tirer pour le diagnostic souvent si difficile du morphinisme chronique.

Notre maître, M. le professeur Charcot, insistait dernièrement sur ce fait dans une de ses savantes cliniques, et

il appelait notre attention sur le tableau quelquefois si noir de la démorphinisation brusque.

C'est un nouveau type morbide dont il faut avoir les caractères bien présents à l'esprit pour éviter quelquefois de grossières erreurs, et pour reconnaître l'habitude vicieuse de ceux qui la dissimulent si souvent et si facilement.

D'ailleurs des circonstances imprévues peuvent faire naître brusquement et à l'insu de tous cet ensemble de phénomènes ; un sujet est frappé tout d'un coup d'une affection aiguë, rhumatisme, pneumonie, qui le retienne au lit et condamne ses mouvements, et, dans le cours d'une maladie vulgaire, il présente dès le début de l'insomnie plus ou moins délirante, des vomissements, de la diarrhée, etc., qui n'appartiennent pas normalement à la maladie en train d'évoluer, serait-ce donc des complications précoces et plus graves que le mal lui-même ? Non pas ; c'est que ce sujet n'a pas osé avouer sa funeste habitude, il était morphinique et il offre maintenant tous les phénomènes du syndrome clinique de la démorphinisation.

Ce sont ces différentes remarques qui nous ont inspiré le sujet de cette thèse inaugurale.

Nous y insisterons donc tout particulièrement, montrant d'un côté comment le morphinisme n'est pas abordable pour toutes sortes de tempéraments et quelles sont les conditions organiques ou autres qui tuent les malades avant qu'ils aient pu prendre l'habitude du poison.

Nous résumerons ensuite tous les travaux qui ont été faits sur le tableau du morphinisme chronique, et nous retracerons à grands traits ce type morbide maintenant

bien connu. Et nous insisterons surtout sur les éruptions cutanées consécutives à l'intoxication morphinique en nous efforçant de montrer leurs rapports avec les différents tempéraments, de même que nous ferons la description du tremblement spécial des morphiniques.

Nous dirons en passant quelques mots de la morphio-manie, et nous envisagerons en même temps les particularités que paraît offrir la morphinisation des aliénés.

Nous nous étendrons davantage sur cet autre type morbide ou plutôt sur cet autre syndrome clinique, dû à la suppression brusque du poison ; car c'est lui qui nous permettra d'établir les bases du diagnostic du mal dans les circonstances difficiles de la dissimulation.

Enfin nous étudierons rapidement les statistiques fournies par les méthodes de traitement usitées en Europe, la suppression brusque et la suppression lente de l'injection.

Nous devons à M. le professeur Charcot le témoignage de notre vive gratitude pour la complaisance avec laquelle il a mis son service et ses notes personnelles à notre disposition. Nous devons également à M. le Dr Féré nos remerciements les plus vifs, pour les idées et les observations nouvelles qu'il nous a confiées avec tant de bienveillance ; qu'il nous soit aussi permis de remercier MM. les docteurs Parinaud et Marie pour leur bienveillant concours, enfin nous ne saurions trop exprimer nos vifs sentiments de reconnaissance à M. le Dr Paul Moreau, et notre ami le Dr Levillain qui nous ont si utilement aidé dans nos recherches bibliographiques.

CHAPITRE I

ÉTIOLOGIE

N'est pas morphinique qui veut.

N'est pas morphinique qui veut. En effet pour devenir morphinique il faut avant tout pouvoir supporter le poison et s'habituer à la répétition des doses. Or il est de malades chez lesquels chaque injection de morphine détermine des accidents beaucoup plus pénibles et plus graves que le mal auquel on voulait remédier.

Le plus souvent ces malades refusent le traitement morphinique après quelques jours sans avoir pu s'y habituer.

S'il arrive qu'ils persistent à recevoir l'injection et que les accidents persistent eux-mêmes, ces malades aboutissent vite à une sorte de cachexie précoce, qui n'est pas celle du morphinisme mais qui tue beaucoup plus rapidement ; d'autres malades succombent dès la première tentative, pour des raisons organiques plus ou moins connues : Enfin il paraîtrait que certains états morbides antérieurs, tels que l'aliénation mentale, exclueraient les plus souvent les phénomènes de l'intoxication morphinique, et surtout ceux de la démorphinisation.

Nous allons passer successivement en revue ces différentes causes d'impossibilité du morphinisme ; et nous con-

sidérerons pour cela trois catégories de sujets, dont nous donnerons ensuite les observations résumées.

Le *premier groupe* des réfractaires est constitué par des malades qui éprouvent à chaque piqure nouvelle des accidents pénibles, tels malaise général, état nauséux, vomissements, palpitations et vertiges. Ces accidents sont tellement désagréables que les malades ne peuvent longtemps se résigner à les subir, ils préfèrent endurer d'autres douleurs plus vives ; d'ailleurs, la continuation du traitement, loin de calmer ces accidents, les renouvelle et les aggrave, et l'on est bientôt obligé de le suspendre rapidement.

OBSERVATION I

Thèse de Calvet

Il s'agit d'un médecin qui commença à s'injecter à cinq milligr. pour des accès d'asthme. Le premier jour l'accès fut calmé, mais il éprouva des accidents menaçants de syncope respiratoire, anxiété précordiale, qu'il rejeta sur le compte d'une dose trop forte, le lendemain il se piqua seulement à deux milligrammes et demi, mais il éprouva de nouveau les mêmes menaces d'apnée et la même angoisse précordiale, la persistance de ces accidents et leur renouvellement inévitable après chaque piqure même à des doses minimales le forcèrent promptement à suspendre l'usage du poison.

Calvet a publié cette observation dans l'esprit de sa thèse, c'est-à-dire dans le sens de l'étude physiologique des phénomènes du morphinisme. Ce médecin avait en effet constaté chez lui de l'accélération, puis du ralentissement des actes circulatoires et respiratoires.

D'autres malades appartenant au service de M. Moreau de Tours ont présenté à des degrés divers la même répugnance pathologique pour une médication à laquelle ils se soumettaient d'ailleurs pleins de confiance et de bonne volonté.

OBSERVATION II

Observation personnelle, prise dans le service de M. Moreau.

(Rault). Cette malade est âgée de 53 ans, lingère, elle est dans le service depuis 1881, 24 novembre. Atteinte de troubles gastriques graves, on lui fit le 23 novembre 1881 une piqûre de 1 centigramme de chlorydrate de morphine ; aussitôt la piqûre faite cette femme est prise de vertiges, de vomissements, de malaise général intolérable et de même que la malade dont il est question dans l'observation précédente, elle nous dit qu'elle ne peut comparer son état qu'à celui de l'ivresse la plus complète.

On fit à cette malade de nombreuses autres injections, mais qui toutes furent suivies du même résultat.

Encore le mois dernier on essaya de nouveau, mais les accidents furent si violents que cette fois on y renonça à tout jamais.

OBSERVATION III

Observation personnelle, prise dans le service de M. Moreau.

(Lyttermott). Cette malade est âgée de 27 ans. En 1883, au mois de février on lui fit deux piqûres par jour, pour calmer de violentes douleurs lombaires. — On ne put pas faire de piqûres pendant plus de huit jours, car la malade éprouva des troubles gastriques graves : nausées, vomissements, ténésme, vertiges, tournements de tête, sueurs abondantes. Sentiment de vide dans la tête, si bien que la ma-

lade est obligée de rester toujours assise, elle chancelle dès qu'elle veut se tenir debout, on est obligé de cesser les piqûres, dans la crainte d'accidents plus graves encore.

OBSERVATION IV

Observation personnelle, prise dans le service de M. Moreau.

(Dugast): Cette malade est âgée de 34 ans, domestique, elle est atteinte de douleurs gastralgiques qui avaient été assez violentes pour réclamer l'emploi d'un calmant énergique. On lui fit au commencement d'octobre 1883 une piqûre de 1 centigramme, mais cette malade fut prise environ quatre heures après, de nausées, de vomissements, de vertiges, de sueurs profuses, et la malade elle-même nous dit qu'elle se sentait dans un état absolument analogue à l'ivresse. Cet état s'est prolongé pendant environ quatre ou cinq heures, et ce n'est que le lendemain que la malade s'est retrouvée dans son état normal.

On n'a pas d'ailleurs recommencé à faire de nouvelles piqûres.

Dans le *second groupe* nous trouverons des sujets qui trop éprouvés par l'atrocité de leurs douleurs, préférèrent subir les accidents du médicament pour lequel ils sont réfractaires ; ils continuent de se morphiniser bien que le malaise, l'état nauséux, les palpitations et le vertige soient l'inévitable résultat de l'injection ; bientôt les phénomènes gastro-intestinaux s'aggravent, l'amaigrissement se produit et si le hasard ou toute autre cause ne les arrêtaient pas sur cette pente rapide en supprimant la morphine, ils succomberaient à l'épuisement.

OBSERVATION V

(Thèse de Calvet, 4^e observation, p. 65).

Cette observation est doublement intéressante au point de vue où nous l'envisageons : il s'agit d'une cancéreuse du sein droit, avec des douleurs intolérables. On lui pratique d'abord des injections sous-cutanées de cinq milligrammes, mais elle éprouve chaque fois des vertiges, du malaise général, des nausées et même des vomissements.

La persistance de ces accidents força bientôt d'interrompre les piqûres et de les remplacer par des suppositoires morphinés à 7 et à 15 milligrammes qui avaient la même efficacité calmante, toutefois l'état nauséux et les vomissements, les vertiges et le malaise général récidivèrent bientôt. L'anorexie, puis la dyspepsie et la constipation produisirent vite des phénomènes d'amaigrissement et de cachexie précoce; la malade s'épuisait et revêtait la teinte terreuse de la période terminale. Mais la tumeur s'ulcéra, les bourgeons se gangrénèrent, les douleurs devinrent moins vives et même disparurent; on dut suspendre la morphine.

C'est alors que ce sujet réfractaire, loin de subir les accidents de la démorphinisation brusque retira de nombreux avantages de cette suppression : l'appétit revint et les forces en même temps, la teinte terreuse fut remplacée par la teinte paille anémique des cancéreux sans complication, et malgré la marche envahissante du néoplasme « la cachexie était moindre et l'état général meilleur. »

Supposons au contraire que la persistance et l'intensité des douleurs eussent nécessité la continuation de la morphine, voici une malade qui succombait rapidement aux désastreux effets d'un médicament que son organisme ne tolérait pas.

Enfin la *troisième catégorie* de sujets est beaucoup plus

rebelle que les deux précédentes, une seule piqure les foudroie pour des raisons diverses souvent fort mal déterminées.

Chez les uns, les vieillards, on peut incriminer l'état organique des reins, qui plus ou moins sclérosés ne permettent plus guère l'élimination du poison : il se produit alors les phénomènes brusquement mortels de l'emmagasinement ou plutôt de l'intoxication aiguë.

Chez d'autres on peut invoquer l'athérome artériel ou une lésion organique du cœur, pour expliquer l'hémorrhagie ou l'arrêt subit de la circulation que favorisent d'ailleurs les effets physiologiques du poison.

A l'appui de ces affirmations, nous citons dès maintenant ces quelques lignes d'une observation due à la bienveillance de M. le Dr Féré.

C'est un véritable cas d'homicide par imprudence qu'il est intéressant de rapporter parce qu'il montre la nécessité de ne jamais confier la morphine aux mains des malades.

OBREVATION VI Inédite

Goutte. Morphiomanie. Empoisonnement d'un ami atteint d'affection du cœur. (Observation communiquée par M. le docteur Ch. Féré).

M. P., âgé de 53 ans, ancien négociant, est sujet à des manifestations goutteuses depuis l'âge de 27 ans. Est devenu morphiomane depuis 4 ans dans les circonstances suivantes : Sa femme, atteinte d'un kyste de l'ovaire inopérable, souffrait des douleurs assez intenses pour que son médecin crût devoir recourir aux injections de morphine ; il les fit d'abord lui-même, puis enseigna au mari à les faire.

Un jour que ce dernier souffrait de la goutte il se dit qu'il devrait aussi être soulagé par le même médicament : il se piqua, s'en trouva bien, et recommença. Peu après sa femme succomba; il en éprouva un violent chagrin : il recourut encore à la morphine pour soulager ses peines morales. Une fois sur la pente fatale, il ne s'arrêta plus, il arriva bientôt à prendre 30 centigrammes de morphine par jour pendant 18 mois. Il s'en injecta jusqu'à 60 centigrammes.

Depuis longtemps déjà M. P. souffrait des accidents habituels de l'intoxication morphinique; il mangeait à peine, était continuellement assoupi, le moindre exercice provoquait une fatigue disproportionnée. Ses facultés intellectuelles étaient gravement atteintes, sa mémoire était très affaiblie, il avait perdu tout pouvoir d'application, il était devenu indifférent à tout ce qui ne se rapportait pas à lui; il ne s'occupait de rien que de lui, oubliait les siens, présentait en un mot au plus haut point, cet *égoïsme si particulier aux morphinomanes*. Outre ces phénomènes, il était sujet, lorsque son injection arrivait en retard, aux accidents de la démorphinisation qui se caractérisaient chez lui, surtout le matin après le plus long intervalle après les injections, par trois ordres de phénomènes : 1° des coliques intestinales avec diarrhée; 2° des crises de larmes durant jusqu'à ce que l'effet de l'injection se soit fait sentir; 3° des attaques de dyspnée, quelquefois d'une intensité extrême, qui ont pu faire craindre la suffocation, et qui disparaissaient avec l'absorption de la morphine.

Cette dernière circonstance a été la cause d'un *homicide par imprudence* qu'il est intéressant de rapporter parce qu'il montre la nécessité de ne jamais confier la morphine aux malades. M. P. étant aux bains de mer, habitait le même hôtel qu'un de ses amis affecté d'une maladie du cœur. Une nuit son ami le fait réveiller, il venait d'être pris d'un accès de dyspnée, avec anxiété précordiale très pénible. M. P. reconnaissant sa propre dyspnée ne trouva rien de mieux pour soulager son ami que de lui faire sur le champ une piqûre de morphine. Il ne sait pas au juste le titre de la solution dont il se servait alors, mais il pense qu'il injecta environ un centigramme. Le pauvre cardiaque fut immédiatement soulagé de sa dyspnée et s'en-

dormit, mais peu à peu sa respiration se ralentit et au bout de quelques heures il avait succombé sans reprendre connaissance.

C'est d'ailleurs un accident assez fréquent chez les sujets atteints d'affections cardiaques ou rénales, nous l'avons observé plusieurs fois chez des vieillards à Bicêtre et à la Salpêtrière, et alors qu'il s'agissait de doses beaucoup moins fortes.

Quoi qu'il en soit M. P. ne pouvant plus réussir à calmer ses accidents en augmentant les doses de morphine résolut d'en finir et de renoncer définitivement au médicament.

Il fut envoyé le 14 février 1883 à l'Institut hydrothérapique de Passy, où il devait être surveillé en même temps que traité.

Redoutant la suppression brusque il s'était muni de plusieurs flacons de solution concentrée qu'il avait enfoui sitôt son arrivée dans le jardin de l'établissement. Il possédait aussi plusieurs seringues à injections. Nous le soumîmes à la démorphinisation graduée en employant le chloral et les suppositoires à l'extrait thébaïque. Malgré toutes les précautions la suppression totale fut très difficile à obtenir et ce ne fut que dans les premiers jours de juin qui partit complètement débarrassé de la morphine, mais prenant encore quelques centigrammes d'extrait thébaïque.

Il avait été soumis aux douches froides en jet brisé répétées deux fois par jour dans le but de tonifier l'organisme. Mais ces douches avaient un effet très remarquable sur l'élimination de la morphine qu'elles accéléraient d'une façon évidente. Quand il suspendait les douches les symptômes de démorphinisation étaient bien moins marqués. Nous avons eu occasion de remarquer cette même particularité dans un autre cas.

Ainsi que nous l'avons vu par cette observation, la mort survenant aussi brusquement est un accident assez fréquent chez des sujets atteints d'affections cardiaques ou rénales.

Enfin certains malades succombent brutalement sans qu'il y ait d'interprétation anatomique ou physiologique possible.

Pourquoi et comment on devient morphinique.

Lorsque Levinstein décrivit pour la première fois à la Société de médecine de Berlin, un nouvel état morbide auquel il donnait le nom de morphinisme, il signala deux grandes causes, qui devaient surtout présider à l'évolution du nouveau mal.

C'est une intoxication qui fait ses victimes dans la classe aisée ; soit qu'il s'agisse de calmer une douleur plus ou moins supportable, soit qu'il s'agisse encore de se procurer un état de bien être plus ou moins comparable à l'ivresse des opiophages.

Voilà donc les deux grands pourquoi de la piqure morphinique, éviter ou combattre l'élément douleur, rechercher une sensation agréable.

Il est cependant peu probable qu'on s'adonne tout d'abord à la morphine par sensualisme pur ; on aura auparavant connu les douceurs du poison dans le premier but de combattre le mal et ce n'est que plus tard, par souvenir du bien être qui succéda à ce mode de traitement qu'on recherche les bienfaits positifs de la médication.

On n'en est pas encore arrivé chez nous à pratiquer l'injection de morphine comme on pratique en Orient l'opiophagie ; il n'y a pas de cabarets de morphine comme il y a des cabarets d'opium.

Et cependant c'est presque aujourd'hui une affaire de mode : on s'engage mutuellement dans certains milieux à essayer de ces nouvelles sensations ; le mal est contagieux par imitation, et le docteur Landowski raconte « qu'on

pousse même l'amitié jusqu'au point de se donner en cadeau de charmantes seringues dans des étuis d'argent ». D'ailleurs une de nos malades, dont l'observation sera citée bientôt (Bonnaire) bien qu'appartenant à la classe des malades de nos établissements hospitaliers, vient de recevoir à l'occasion de sa fête une seringue en argent que lui avait achetée sa sœur.

Bien plus encore le docteur Zambacco dans un récent mémoire sur la morphiomanie nous apprend que « des dames appartenant à la classe des plus élégantes poussent leur bon goût jusqu'à se faire faire des bijoux recélant une seringue mignonne et des flacons artistiques, destinés à contenir la solution enchanteresse. Au théâtre dans le monde, elles s'esquivent un instant ou bien elles épient le moment favorable de faire joujou en s'injectant sur une partie visible ou soustraite aux regards une injection morphinée. »

Et ce même auteur se demande ensuite avec raison si cela diffère beaucoup de la manière dont se conduisent les opiophages distingués qui portent toujours sur eux leurs riches boîtes en or ou en émail, renfermant les pilules opiacées. M. Ricklin cite également ces deux grandes causes du morphinisme dans son article de la *Gazette médicale* 1880. Il fait remarquer qu'on s'adonne à la morphine le plus souvent pour soulager les affections aiguës ou chroniques, mais quelquefois aussi « par pur libertinage. »

Il y a donc des cas dans lesquels il en est de la morphine chez nous comme de l'opium en Orient. La félicité de la nonchalance, de cette sorte de torpeur générale qui s'em-

pare de tous les muscles, de toutes les parties du corps, de toutes les fonctions intellectuelles, la perspective de quelques rêvasseries plus ou moins voluptueuses, peuvent donc à elles seules être la première et l'unique cause de l'empoisonnement morphinique.

Toutefois nous devons surtout insister sur la seconde cause générale du morphinisme.

C'est dans un but purement thérapeutique au début que l'on a recours à l'injection : il s'agit d'apaiser une douleur vive et de procurer le calme sinon le sommeil à des malades déjà trop épuisés. Ce sont surtout les gens à tempérament nerveux, à sensibilité surexcitée qui sont sujets aux névralgies, et qui se familiarisent le plus facilement avec la morphine ; ce sont ces mêmes gens, auxquels une certaine prédominance de la vie cérébrale donne plus d'aptitude à goûter des impressions sensuelles de la morphine, ce sont eux enfin auxquels le médecin délègue le plus souvent et le plus facilement le soin de se pratiquer eux-mêmes l'injection et voilà pourquoi ils se morphinisent plus tôt que les autres, et pourquoi on rencontre surtout ces morphiniques dans les classes aisées de la société.

Il serait donc assez intéressant de faire la statistique des maladies pour lesquelles on se morphinise. Aussi allons-nous nous efforcer de donner, aussi étendu que possible, un tableau des différentes affections qui ont réclamé la morphine en même temps que le nombre de morphiniques qu'a fait chacune d'elles.

TABLEAU STATISTIQUE

Dans le courant de l'étude que nous avons faite du morphinisme, nous avons remarqué que les affections contre lesquelles on avait employé la morphine en injections, dan un but thérapeutique étaient les suivantes : *Ataxie, sciatique, toutes les névralgies ou à peu près. — Asthme. — Dyspepsie. — Hypochondrie. — Folie. — Cancers et autres tumeurs douloureuses. — Névrites. — Prostatite chronique aiguë. — États nerveux. — Péritonites chronique ou aiguë. — Périostite. — Gastro-entéralgie. — Pleurésie et points pleurétiques. — Contractures douloureuses. — Hémoptysies.* — En un mot, toutes les affections, ayant des manifestations locales douloureuses, ou un état général pénible.

Nous allons maintenant appeler successivement chacune de ces maladies, mettant au regard le nombre de malades qui se sont morphinisés pour la combattre, pour un total de 100 cas que nous avons recueillis.

Ataxie	32
Sciatique	14
Névralgies en général	10
Asthme	8
Dyspepsie	2
Hypochondrie	4
Folie	2
Tumeurs douloureuses	9
Prostatite	2
États nerveux	7

Péritonites.	1
Périostite	2
Gastro-entéralgie	1
Douleurs pleurétiques	4
Contractures douloureuses.	1 cas douteux
Hémoptysies	1

Nous avons jugé inutile de joindre à ce tableau l'indication de quelques cas de morphinisme par — imitation — non plus que le cas d'un médecin devenu morphinique à la suite d'expériences répétées faites sur lui-même.

Nous sommes frappé de ce fait en considérant ce tableau que le nombre des morphiniques aliénés est excessivement restreint. En effet il est maintenant bien établi par l'expérience (service de MM. Voisin et Moreau) que les aliénés supportent admirablement la morphine et ne subissent presque jamais l'influence de l'intoxication.

Etant données ces deux grandes causes de morphinisation, supprimer la douleur et se procurer d'agréables sensations, il nous est facile de comprendre combien est considérable, le nombre des malades adonnés à la morphine surtout si l'on considère la multiplicité des affections douloureuses, la facilité avec laquelle les malades peuvent se procurer de la morphine, et enfin l'indifférence condamnable en certains cas, de quelques praticiens, qui laissent avec trop de complaisance la morphine entre les mains de leurs clients. Nous nous proposons d'ailleurs de revenir sur ce sujet en parlant du traitement préventif.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Le tableau clinique du morphinisme peut être décrit aujourd'hui d'une façon aussi didactique que celui de l'alcoolisme, et si nous ne le voyons pas encore occuper la même place dans nos Traités de pathologie, c'est que le morphinisme heureusement est encore loin d'être aussi commun que l'alcoolisme.

Notre intention est donc de signaler à grands traits les symptômes cliniques déjà connus du morphinisme chronique et de nous arrêter davantage sur les récents travaux inédits de nos maîtres français, et sur nos recherches personnelles, sur le tremblement, sur les éruptions, sur les troubles sensoriaux et de nutrition.

Enfin nous insisterons surtout sur les différences qu'offre cette symptomatologie du morphinisme chez les différents sujets.

On a bien signalé la prédominance de certains symptômes dans quelques observations de malades, mais il semble que l'on n'ait pas entrevu la loi qui régit ces prédominances. Il y a en effet des sujets chez lesquels tout un système est envahi, laissant dans l'ombre les autres phénomènes ordinaires de l'affection.

Chez les uns, c'est l'appareil nerveux qui s'intoxique avant tout, et ils offrent alors des phénomènes cérébro-

spinaux, excitabilité vive, changement de caractère, hyperesthésie des sens spéciaux ou de la sensibilité générale. Chez d'autres, c'est l'appareil circulatoire qui réagit avec plus d'intensité : des palpitations, de l'angoisse précordiale font tous les frais du décors.

Chez d'autres encore, mais plus rarement, c'est l'appareil respiratoire : de la dyspnée, de l'apnée, de la toux, de l'oppression, dominant la scène.

L'appareil gastro-intestinal est le plus souvent affecté : de l'anorexie, de la dyspepsie, de la constipation, accompagnent presque toujours le morphinisme chronique ; il a tous les symptômes qui mènent le plus directement à la cachexie terminale.

Enfin il est des cas dans lesquels le système génito-urinaire est profondément altéré : de l'albuminurie, de l'impuissance, de l'aménorrhée, quelquefois même du diabète, compliquent gravement les phénomènes ordinaires de l'empoisonnement.

Ces particularités nous paraissent constituer autant de variétés cliniques qui n'ont pas été décrites ; nous insistons donc sur ces faits présentant à l'appui des observations anciennes et nouvelles où nous avons cru remarquer cette sorte d'idiosyncrasie pathologique.

Morphinisme chronique. — Nous répétons, en commençant cette description : le morphinisme n'est pas la morphiomanie. C'est un ensemble de phénomènes somatiques morbides, dû à l'abus plus ou moins longtemps continué de la morphine et constituant un véritable syndrome clinique.

Pour bien l'étudier et ne rien oublier des nombreux

accidents auxquels il peut donner lieu, nous procéderons par système organique et nous verrons quelles modifications il apporte à leur fonctionnement régulier.

Début. — Tout d'abord, il est utile de signaler que le début des véritables accidents s'éloigne plus ou moins de la première injection, les modifications durables et permanentes de l'organisme ne se développent guère qu'au bout de cinq ou sept mois (Levinstein). Ce laps de temps est d'ailleurs très variable selon les sujets et dépend bien plus des conditions organiques que des doses initiales et de la rapidité de leur progression.

Pendant toute cette période d'invasion, d'installation du mal, on n'observe aucun trouble appréciable, si ce n'est quelquefois un léger amaigrissement.

Toutefois, il s'agit ici de véritables altérations organiques qui se manifestent d'elles-mêmes sans qu'on ait recours à aucun expédient pour en provoquer l'apparition.

Mais nous verrons plus tard, en étudiant les symptômes de l'amorphinisme, qu'il est un phénomène spécial beaucoup plus précoce que les autres et qui révèle, au bout de quelques semaines, le début de l'imprégnation morphinique.

C'est M. le professeur Charcot qui a attiré notre attention sur ce fait en nous racontant comment il avait pu ainsi, dans nombre de circonstances, faire de très bonne heure le diagnostic d'un empoisonnement à son début.

Si par hasard ou autrement, on supprime, ou on retarde, ou l'on diminue l'injection morphinée au malade qui y a recours depuis quelque temps déjà, il arrive que ce malade s'en aperçoit, s'en plaint, en souffre réellement et réclame avec instance sa ration de poison.

Eh bien, c'est qu'il est déjà morphinique, il a déjà sa seconde nature ; or, ce phénomène, cette sorte de morphio-manie somatique se développe d'assez bonne heure ; on peut le constater, de quelques semaines à deux mois après le début des injections.

Les phénomènes caractéristiques du mal confirmé se rattachent à deux grandes catégories : les uns appartiennent à la sphère cérébro-spinale, ils touchent à la vie de relation ; les autres tiennent à la sphère du grand sympathique, ils touchent à la vie de végétation.

Parmi les premiers, quelques auteurs comparant le morphinisme à l'opiophagie, ont considéré les troubles psychiques de cette affection comme relativement rares, et on les a étudiés en général, avec beaucoup moins d'attention que les autres troubles. Cependant il se produit dans le morphinisme comme dans l'opiophagie et l'alcoolisme, une sorte de déchéance morale, de décadence intellectuelle des individus, à laquelle on a justement donné le nom de « *Inhumanitas ebriosa*. » Quelques malades perdent par l'abus de ces poisons leur cachet d'êtres humains (*inhumanitas*). Ils n'ont plus le respect de la vérité et recourent souvent à de honteux mensonges, d'abord pour cacher leur passion, puis de plus en plus par habitude inconsciente.

Ils deviennent apathiques, insoucians, quelquefois farouches et sauvages : ils s'isolent et se laissent à peine aborder par leurs parents ou leurs meilleurs amis, ils fuient le bruit, la lumière, leur entourage, pour se perdre dans leurs rêvasseries, ou plutôt s'engourdir dans leur an-an-tissement moral (observations V et III de la thèse de Calvet).

Il se produit même de temps en temps durant l'évolution

chronique de ces troubles psychiques des sortes de poussées mentales, qui font faire à des malades habituellement doux, des scènes violentes et même dangereuses : d'autres sujets, d'ordinaire expansifs et gais, sont plongés pour quelques mois dans une mélancolie taciturne ; ils écartent d'eux parents et connaissances, refusent de continuer leurs occupations, et s'enferment dans leur chambre sans en vouloir sortir, jusqu'à ce que l'accès soit terminé (voy. obs. VI). Y a-t-il là une prédisposition individuelle qui favorise l'éclosion de ces accidents psychiques chez certains sujets plutôt que chez d'autres ? Nous reviendrons sur ce point en parlant des variétés cliniques du morphinisme.

Cette déchéance morale que nous venons de décrire, a été précisément dans ces derniers temps, le grand cheval de bataille de plusieurs criminels, qui rejetaient sur le compte de l'habitude morphinique, des fautes dont ils étaient plus ou moins irresponsables ; nous reviendrons d'ailleurs sur ce côté médico-légal de la question au chapitre pronostic.

Parmi les phénomènes cérébraux nous signalerons encore la perte de la mémoire, une torpeur intellectuelle générale plus ou moins prononcée, de l'insomnie plus ou moins complète, de la timidité, de la dépression du caractère qui n'acquièrent pas ici l'intensité des accidents que nous venons de décrire (voy. obs. VI). On a signalé également du bégaiement, de l'hésitation de la parole ; mais ces phénomènes paraissent être dus à du tremblement de la langue que nous étudierons avec le tremblement des mains. Enfin quelques malades sont sujets à des hallucinations et manifestent même des tendances au suicide. Tel est le tableau

complet des phénomènes d'ordre cérébral qui relèvent du morphinisme chronique.

A côté de ces troubles nerveux il en existe d'autres qui rentrent plutôt dans la sphère des phénomènes médullaires ; c'est quelquefois une hyperesthésie générale qui ne permet pas aux malades de se laisser toucher ou de mettre les pieds à terre sans éprouver aussitôt des sensations de brûlure, ainsi que chez certaines hystériques.

C'est encore une hyperexcitabilité énorme des réflexes qui fait tressaouter les malades au moindre contact et leur fait éviter avec grand soin toute sorte d'excitation extérieure (bruit, lumière, conversation).

Ces deux ordres d'accidents touchent encore aux précédents, c'est pourquoi nous les avons décrits les premiers.

Mais le plus marqué et l'un des plus caractéristiques de la véritable intoxication, c'est le tremblement des mains et quelquefois de la langue.

Il en est là des morphiniques comme des alcooliques : faites-leur étendre les bras, ouvrir les mains en écartant les doigts, et vous voyez aussitôt apparaître l'agitation, les mouvements de tremblement involontaire dont les malades rougissent bien souvent.

C'est qu'en effet ils savent que ce tremblement trahit une habitude honteuse, et ils craignent qu'on les accuse de s'adonner à l'alcool (car souvent les morphiniques sont en même temps alcooliques), et il est difficile de savoir quelle est celle de ces deux causes qu'il faut incriminer. La comparaison de ces deux tracés dont nous allons d'ailleurs faire la description favorisera certainement le diagnostic.

Nous parlerons aussi du tremblement sénile, si différent

d'ailleurs, mais qui pourrait cependant quelquefois être une cause d'erreur chez les vieillards.

DESCRIPTION DES TREMBLEMENTS

Le tremblement des mains des morphiniques présente à première vue cette particularité saillante qu'il semble être le résultat d'un mouvement de torsion du bras sur lui-même; on dirait en quelque sorte qu'il existe une contraction alternative, continue des muscles supinateurs et pronateurs, aussi pour obtenir le tracé de ce tremblement devons-nous placer le tambour de Marey, non sur l'axe de la main mais sur l'un des bords, soit radial, soit cubital. En effet lorsque nous plaçons le tambour sur l'axe nous n'obtenons qu'un tracé à peu près uniforme, très-peu accentué et ne présentant que de légères modifications, *tracé 2*.

Nous allons donc examiner ce tracé (pris sur le bord de la main) aux trois points de vue auxquels il mérite être étudié, c'est-à-dire, quant au rythme, quant à l'amplitude des oscillations, et quant à la forme.

En l'examinant au point de vue du rythme, la première chose qui nous frappe est celle-ci : c'est l'égalité parfaite des intervalles qui séparent chaque oscillation, quelle qu'en soit l'amplitude. — Ensuite nous remarquons que les vibrations se font par poussées de cinq ou six oscillations, même plus, présentant trois périodes : 1° une période d'augmentation de l'amplitude de l'oscillation; 2° une période de maintien du summum de l'amplitude acquise, et une période de décroissance, et enfin entre chaque poussée une petite ligne d'oscillation à peu près régulière et d'amplitude égale.

Si nous passons à l'amplitude de l'oscillation, nous constatons qu'elle est variable, mais rythmée, ainsi que nous l'avons fait remarquer en parlant du rythme (tracé n° 1). Enfin si nous examinons séparément chaque oscillation, nous constatons que sa forme est régulière, qu'elle se compose d'une ligne ascendante et d'une ligne descendante formant un angle très aigu, sans plateau.

Tandis que le tremblement sénile présente (tracé n° 3) une ligne d'ascension et une ligne de descente reliées par une sorte d'arc de cercle, et que le tremblement alcoolique est au contraire caractérisé par une ligne d'ascension très prolongée et une chute beaucoup plus brusque présentant chacune des irrégularités dans leur rectitude (tracé n° 4).

Si nous étudions maintenant le tremblement de la langue et du corps, nous constatons qu'il est bien moins prononcé que dans les autres affections, et qu'il ne présente aucune particularité digne d'intérêt.

Enfin dans quelques cas la région spinale est spécialement atteinte, elle devient le siège d'une hyperhéstémie douloureuse qui gêne les mouvements et donne aux malades une attitude particulière destinée à prévenir cette région de tout contact extérieur.

Si nous passons maintenant à l'étude des sens spéciaux nous verrons que le sens de la vue est le plus fréquemment et le plus profondément atteint.

Dès l'abord on peut remarquer que le morphinique a l'œil morne et sans expression ; les paupières à moitié fer-

mées laissent entrevoir une conjonctive pâle, décolorée, une cornée sans éclat, et comme ridée ; mais il est curieux d'observer combien cet aspect change vite sous l'influence d'une nouvelle injection.

Ces yeux auparavant ternes et sans vie reprennent bientôt une vivacité et un éclat inaccoutumés ; la face se colore, les conjonctives s'injectent, les paupières s'ouvrent de nouveau et tout le regard se fixe dans une sorte de béatitude extatique.

Et cet effet est immédiat, il suit de quelques secondes l'injection morphinée et décèle merveilleusement la funeste intoxication.

Dans quelques cas les malades accusent à plusieurs reprises de la diplopie et même de l'amblyopie on peut souvent constater une diminution considérable de leur puissance accommodatrice : enfin les pupilles sont le plus souvent rétractées et très rarement dilatées et l'ophthalmoscope révèle dans de nombreux cas de l'anémie permanente de la rétine, ainsi que nous avons pu le constater dans le cahier d'observations inédites, prises par M. le docteur Parinaud à la Salpêtrière.

Du côté du goût, nous constatons que quelques malades se plaignent quelquefois d'une saveur âcre et métallique aussitôt après l'injection : cet accident se produit surtout si l'aiguille s'est enfoncée dans une veine et si le poison a pénétré directement dans le torrent circulatoire.

On cite également du côté de l'ouïe, des bourdonnements d'oreilles et des hallucinations qui se produisent surtout durant la nuit.

Nous devons à l'obligeance de notre ami M. Lidermann,

externe des hoptaux, l'observation d'une fille de salle morphinique atteinte d'hallucinations de l'ouïe et de la vue. Cette observation nous a paru excessivement intéressante et nous n'hésitons pas à la consigner ici.

OBSERVATION VII

Hortense X..., âgée de 23 ans, fille de salle. Service de M. du Castel.

Cette jeune femme était atteinte d'hémoptysies de nature hystérique que l'on chercha à calmer par des injections hypodermiques de morphine.

On commença par deux injections dans la journée que la malade supporta fort bien, qui même lui procuraient un bien-être passager très manifeste. Elle s'adonna donc au poison avec d'autant plus de facilité qu'elle était fille de salle et avait à sa disposition seringue et morphine.

En peu de temps elle arriva aux doses d'environ 0,30 centigr. par jour, mais alors elle éprouva après chaque injection une hallucination bizarre, toujours la même et revenant après chaque piqûre.

La malade se croyait transportée dans une forêt splendide à la végétation luxuriante, elle *sentait* la bienfaisante fraîcheur des grands arbres, tout autour d'elle mille oiseaux charmants venaient gazouiller, et elle *écoutait* avec délices l'harmonie de leurs chants, tandis que le murmure d'un ruisseau venait mêler sa note mélancolique aux gais accents de la gent emplumée.

Du côté de l'odorat nous n'avons rien constaté par nous-même, mais M. Fonssagrives dans le dictionnaire de Dechambre parle de troubles de l'odorat.

Nous allons maintenant énumérer rapidement les symptômes qui appartiennent à la sphère du grand sympathique.

La nutrition des morphiniques est dans certains cas profondément altérée et toujours profondément ralentie ; il se fait là encore une sorte de torpeur de la vie végétative qui se traduit au dehors par des troubles de nutrition, de circulation, de digestion, de sécrétion et d'excrétion.

La plupart du temps les malades s'amaigrissent, quelques-uns cependant conservent et même voient augmenter leur embonpoint, d'autres fois enfin aucun changement ne se produit et rien d'apparent à l'extérieur ne décèle l'action du poison.

La peau perd souvent sa turgescence, sa coloration normale, elle se flétrit et prend un aspect terreux. La physionomie est pâle et rarement cyanosée, puis elle revêt bientôt le facies cachectique de la période ultime.

Du côté de l'appareil circulatoire on observe dans les cas graves de la petitesse, et quelquefois de l'irrégularité du pouls, la circulation générale se fait mal. En effet, la morphine a pour effet d'abaisser la pression et d'augmenter par suite les systoles cardiaques.

Malgré cela il se fait des stases veineuses qui exercent un grand ralentissement sur toutes les autres fonctions végétatives.

Ce sont ces stases, ce ralentissement circulatoire qui expliquent déjà l'amoindrissement des fonctions nerveuses, la torpeur intellectuelle, l'affaiblissement musculaire, l'engourdissement et l'arrêt des fonctions nutritives.

Ce sont elles qui expliqueront encore la diminution des phénomènes respiratoires et l'abaissement de la température, conséquence fatale de la diminution progressive de tous les actes vitaux thermogéniques.

Enfin c'est à ces stases qu'on doit en grande partie la symptomatologie prédominante de l'appareil gastro-intestinal.

« La muqueuse buccale est sèche la plupart du temps ; les malades se plaignent de soif violente et d'inappétence ; plus tard apparaissent des nausées, des vomissements, du dégoût pour la viande, de la boulimie. En même temps que la boulimie, les malades éprouvent une sensation de brûlure, de cuisson dans le creux épigastrique et des lipothymies. — Le symptôme de la boulimie s'observe même souvent après un repas copieux et réveille fréquemment les malades de leur sommeil. Ils ne peuvent alors retrouver le repos qu'après avoir pris de la nourriture ; en général de petites quantités d'aliments suffisent pour combattre cette sensation de faim.

En cas de polydipsie des quantités même considérables ne suffisent pas pour étancher la soif.

Les selles sont presque toujours retardées, rarement diarrhéiques. » Tel est le tableau des troubles digestifs du morphinisme, d'après la description même de Levinstein.

Aussi avec ce régime les malades ne tardent-ils pas à se cachectiser ; le dégoût pour les aliments augmente chaque jour. — Chaque jour les digestions sont plus difficiles, la constipation plus résistante.

Des vomissements fréquents complètent l'inanition, et bientôt le sujet pâle, amaigri, considérablement anémié ne veut plus connaître d'autre stimulant que sa fidèle injection.

C'est à ce moment, si par malheur on a voulu l'attendre, que la démorphinisation devient difficile et compromet

presque fatalement l'existence du malade (Voy. obs. Bonnaire).

Mais avant d'aborder l'étude des phénomènes graves de ce dernier état nous devons encore signaler quelques autres troubles qui relèvent toujours du morphinisme lui-même.

Du côté de la peau et des sécrétions on a noté des exanthèmes, des furoncles, de l'urticaire, du zona affectant particulièrement le cou, les joues et les espaces intercostaux.

Ces accidents cutanés se produisent-ils également chez tous les morphiniques? Des récents travaux de M. Petit sur ce sujet il semble résulter que ces productions de tubercules, d'abcès, de furoncles sont surtout dues au mauvais état du sujet cachectisé par la morphine; la note de M. Trélat, insérée dans le même travail, semble incriminer particulièrement la malpropreté des instruments ou l'impureté du liquide.

Enfin M. Verneuil voit surtout dans ces cas une action diathésique et il rejette sur le compte de l'intoxication morphinique, comme sur le compte du diabète ou de l'alcoolisme, ces éruptions et ces abcès. M. Voisin attribuerait les abcès consécutifs aux piqûres soit à l'emploi de la morphine en trochisques (morphine de Merck), soit à la malpropreté des seringues, soit enfin à l'état thermométrique de l'injection, la chaleur déterminant la formation d'acide chlorhydrique.

Notre maître M. le professeur Charcot nous a fait considérer ces manifestations à un autre point de vue. Elles ne seraient pas le fait du morphinisme lui-même : sans doute

c'est lui le grand fauteur, c'est lui qui donne le coup de fouet, qui imprime le mouvement ; mais il faut pour cela un sujet prédisposé, il faut un tempérament scrofuleux, herpétique, eczémateux, rhumatisant pour que le morphinisme puisse lui faire produire des abcès, de l'herpès ou de l'eczéma : et en effet ces accidents cutanés du morphinisme paraissent être constamment en rapport avec la constitution qui a favorisé leur développement.

Nous allons donc nous efforcer de montrer la part qui revient à chacune de ces causes dans l'étiologie des éruptions.

Nous avons constaté que les abcès survenaient surtout chez les sujets scrofuleux indépendamment de la propreté de l'injection. Aussi dans le service de M. le Dr Lancereaux nous avons remarqué une malade morphinique depuis longtemps qui n'a jamais cessé d'avoir des abcès cutanés aux points où elle se faisait ses piqûres, alors que des piqûres faites avec la même solution et la même seringue ne déterminaient aucun accident aux autres malades et il est à noter que cette malade est absolument scrofuleuse et qu'elle porte de nombreuses traces de la diathèse en possession de laquelle elle se trouve.

Nous avons aussi remarqué chez M. le docteur Voisin deux aliénées « Sidel et Falisard » porteuses de nombreuses traces de scrofule : blépharite ciliaire, abcès froids du cou, impétigo-larvalis dans l'enfance, chez qui les piqûres avaient déterminé de nombreux abcès alors qu'elles n'avaient eu aucune influence inflammatoire chez d'autres malades piquées dans les mêmes conditions.

Enfin si nous examinons des lésions cutanées d'un

autre ordre telles qu'éruptions pustuleuses, eczéma, urticaire nous voyons ces éruptions survenir chez des malades se servant des solutions absolument pures et de seringues parfaitement entretenues, mais nous notons chez tous ces malades un tempérament herpétique et rhumatisant des mieux déterminés.

Chez une malade du service de M. le professeur Charcot (Bonnaire), nous avons remarqué une éruption à forme pustuleuse assez curieuse pour la juger digne d'être décrite spécialement et d'être donnée en dessin dont nous devons le cliché à notre ami M. Londe (planche n° 2). Cette malade a eu de nombreuses attaques de rhumatisme, elle fut souvent atteinte d'urticaire et actuellement encore lorsqu'elle se pique en dehors de l'endroit habituel qui est le bras, elle détermine une large plaque d'un blanc rosé à bords taillés à pic et allant toujours en s'éloignant du centre à la périphérie, absolument analogue à de l'urticaire, et occasionnant les mêmes sentiments particuliers de cuisson et de brûlure.

Mais revenons à la lésion qui nous intéresse le plus, c'est-à-dire l'éruption qui siège sur les bras.

La face antérieure du bras et d'une partie de l'avant-bras est d'un rouge violacé, le tissu de la peau est dur, sclérosé et sur ce fond uniforme s'élèvent une foule de pustules, présentant à leur centre une petite élevation jaunâtre contenant un liquide purulent, chacune de ces pustules est large d'environ un centimètre et suivant qu'on l'examine au commencement, au milieu ou à la fin de son évolution on remarque au centre ou un simple petit point

blanc, ou une saillie pleine de pus, ou une croûte qui ne tarde pas à tomber.

L'évolution de ces trois phases dure environ une huitaine de jours.

Il est à remarquer que le centre de chaque pustule ne correspond point à la petite lésion occasionnée par la pénétration de l'aiguille, mais que la pustule se trouve seulement près d'une piqûre.

Nous apportons, à l'appui de notre manière d'envisager l'étiologie de ces éruptions, l'autorité d'une seconde observation due à l'obligeance de M. le Dr Féré.

Notre but est donc, nous le répétons, non pas de nier l'influence, indéniable d'ailleurs, de l'introduction d'une matière septique comme cause d'abcès cutanés, mais de montrer l'influence de la morphine la plus pure et de la piqûre la moins suspecte sur l'évolution d'une diathèse et la manifestation des accidents cutanés propres à cet état constitutionnel.

OBSERVATION VIII

Due à l'obligeance de M. le Dr Féré.

Urticaire.

M^{lle} L..., âgée de 20 ans, était entrée à l'hôpital Necker (service de M. Guyon), salle Sainte-Cécile, pour un papillôme de la narine dont elle fut opérée.

Actuellement guérie. Cette jeune fille était en outre lymphatique, rhumatisante et anémique. Elle revint à l'hôpital pour consulter, le 1^{er} décembre 1880, se plaignant d'une névralgie ilio-lombaire, très douloureuse, dont elle avait déjà souffert autrefois et dont elle avait

été soulagée par les injections de la morphine ; elle nous priait de lui en faire une.

L'injection ne fut pas plus tôt faite que la malade se frotta vigoureusement à l'endroit de la piqûre.

Comme nous lui demandions la raison, elle nous dit qu'à chaque fois que cette opération avait été pratiquée il lui était survenu une démangeaison très pénible.

Nous constatâmes qu'il existait, en effet, à l'endroit même de la piqûre, une large plaque d'urticaire et un semis de taches semblables dans une étendue de quatre à cinq centimètres dans la direction suivie par le liquide injecté.

Ce fait nous frappa d'autant plus que nous avions déjà eu l'occasion d'observer le même phénomène sur un jeune garçon qui avait été opéré de la taille dans le même service.

M. Brunon, interne des hôpitaux, à qui nous avons alors montré ce cas, nous a dit depuis qu'il en avait rencontré un analogue.

La sécrétion sudorale est très souvent exagérée : c'est un phénomène presque aussi constant que le tremblement des mains.

Les modifications des sécrétions génito-urinaires nous semblent créer une autre série de phénomènes qui rentrent plutôt dans le cadre des complications.

COMPLICATIONS

Sans vouloir en faire un chapitre à part, dans cette étude, des accidents de morphinisme, nous devons cependant signaler ces complications qui sont, quelques-unes, assez fréquentes et qui pour d'autres offrent un caractère de gravité exceptionnelle.

Dans la sphère génitale, il n'est pas rare d'observer au

début, un certain degré d'excitabilité génésique, puis lui succède bientôt une impuissance plus ou moins complète.

L'aménorrhée est peut-être encore plus fréquente, elle s'annonce lentement par de la dysménorrhée ou survient tout d'un coup, et la conception est généralement impossible chez les morphiniques aménorrhiques ; mais il paraît qu'elle ne cesse pas d'être possible chez les morphiniques qui conservent leur menstruation normale.

Dans le cas de suppression heureuse du poison, le retour des règles s'effectue rapidement, ce qui prouve combien ce trouble était dépendant de l'intoxication.

Le morphinisme prédispose-t-il à l'avortement ?

Quelques auteurs semblent l'admettre, toutefois il existe des observations de grossesses menées à bon terme qui prouveraient le contraire.

Mais il n'en est plus ainsi de l'amorphinisme. Tout dernièrement M. Féré communiquait à la Société de Biologie (Séance 20 octobre 1883) l'observation d'une jeune femme de 22 ans, hystérique et morphinique, qui devint enceinte. Or dès que l'on cherchait à diminuer la dose de morphine qu'elle prenait habituellement, cette jeune femme était prise de coliques utérines intenses qui faisaient craindre l'avortement.

Dans cette même observation, il est curieux de voir l'influence de morphinisme de la mère sur le nouveau-né. D'abord les mouvements de l'enfant pendant la grossesse, se ressentaient étrangement de la morphine quand on la diminuait chez la mère.

Après la naissance, cet enfant cesse tout à coup de vivre dans un milieu morphinique, il est brusquement sevré,

et il offre quelques phénomènes de cette brusque suppression : il a de la diarrhée et surtout de l'insomnie, il est resté soixante heures sans dormir.

OBSERVATION IX

Société de biologie. Séance du 20 octobre 1883.
Morphinisme et grossesse.

M. Ch. Féré donne communication de l'intéressante observation suivante :

On a assez rarement l'occasion d'étudier le morphinisme chez les femmes grosses. Dans les quelques cas observés jusqu'ici, il ne paraît pas que l'intoxication ait eu une influence manifestement mauvaise sur la mère, ni même sur l'enfant ; c'est ce qu'on voit notamment dans un fait publié par M. Braithwait.

Il nous a été donné récemment de faire une observation de ce genre dans des conditions particulièrement intéressantes.

Il s'agissait d'une jeune femme de 22 ans, hystérique, hémianesthésique, sans crise convulsive, dont la mère est aussi morphinique. Elle avait commencé il y a trois ans à prendre de la morphine à propos d'une névralgie faciale, et depuis n'avait point cessé de se faire elle-même des injections. Sa famille voulut la priver de morphine, mais elle parvint toujours à s'en procurer et, la soif de la morphine a eu sur elle l'influence la plus fâcheuse, altérant profondément ses sentiments affectifs et sa volonté. Toujours est-il qu'elle devint enceinte, et qu'au mois de février elle vint à Paris pour se faire démorphiniser ; la grossesse alors était arrivée au sixième mois. Plusieurs médecins auxquels elle s'adressa refusèrent d'entreprendre la cure du morphinisme dans ces conditions.

Madame X... prenait à ce moment 24 centigrammes de chlorhydrate de morphine par jour ; dès que sa situation lui suggérait une réflexion pénible, elle se faisait une injection. Elle consentit à se

séparer de la provision de morphine qu'elle avait faite dans son pays, elle en avait environ un demi-kilogramme.

Nous commençâmes à diminuer quotidiennement la dose d'un demi-centigramme, mais tous les deux ou trois jours il survenait des coliques utérines plus ou moins intenses et des mouvements exagérés du fœtus qui nous forçaient à arrêter la diminution, de telle sorte qu'au moment de l'accouchement, le 6 mai, la malade prenait encore 13 centigrammes de morphine par jour. L'accouchement, fait par M. Tarnier, ne présenta rien d'anormal. Pendant les huit jours qui suivirent on ne diminua pas la morphine ; quand nous voulûmes reprendre la suppression graduelle, les coliques se reproduisirent et l'écoulement des lochies cessait dès qu'on augmentait les intervalles des injections de morphine pour reprendre chaque fois que l'on introduisait sous la peau la dose ordinaire du médicament. Cet inconvénient n'était qu'en partie compensé par l'usage de suppositoires opiacés et d'assez fortes doses de chloral. La démorphinisation fut donc très lente, aussi bien après l'accouchement qu'auparavant, si bien que le 3 juin la malade prenait encore 8 centigrammes par jour. Nous supprimâmes alors d'un coup les injections, la malade eut de violentes coliques utérines et intestinales, de la diarrhée, de l'insomnie avec excitation pendant la nuit ; mais le lendemain tout fut fini et l'intoxication était guérie définitivement. Au bout de deux mois, elle n'avait encore manifesté aucune velléité de revenir à ses anciennes habitudes.

En résumé, l'abstinence de morphine a déterminé des coliques utérines dont l'exagération aurait pu être cause d'avortement d'abord, puis d'infection, par suite de la rétention des lochies. Mais ce n'est pas le seul point intéressant de cette observation. L'enfant, en effet, a aussi subi d'une façon très nette les conséquences de l'abstinence de morphine. Le nouveau-né, du sexe masculin, était bien développé, mais maigre ; on fut frappé de ses mouvements brusques et d'une agitation continuelle avec cris, qui dura soixante heures, pendant lesquelles il ne dormit pas une minute, puis les choses rentrèrent dans l'ordre. Ce fait montre donc, quoi qu'on en ait dit, que le fœtus est influencé par la morphine, même à des doses relativement faibles et qu'il peut souffrir

de la démorphinisation brusque qui, pour lui, est inévitable au moment de l'accouchement. Cette dernière considération légitime la cure graduelle pendant la grossesse.

Du côté des urines on peut observer de l'albuminurie fugitive ou persistante : elle survient quelquefois pendant le cours du morphinisme mais plus souvent encore sous l'influence de la suppression. Aucune lésion anatomique n'en a jusqu'alors donné l'explication, on se borne à soutenir les hypothèses suivantes :

1° La morphine aurait une action spéciale sur le centre albumineux ;

2° La morphine modifierait la pression sanguine et produirait aussi des troubles morbides intra-rénaux ;

3° Enfin on admettrait une paralysie du plexus nerveux qui enlace l'artère rénale (Levinstein), car de Wittisch aurait observé de l'albuminurie consécutive à la section de ces filets nerveux.

Quant à la glycosurie elle est beaucoup plus fréquente et peut même dans certains cas revêtir toute la gravité du processus diabétique.

Enfin il nous reste à parler de la fièvre des morphiniques. Levinstein, lui, a décrit trois formes : une forme intermittente, une forme typhoïde, et une forme hectique. Les deux premières sont plus rares, mais il est certain que les morphiniques arrivés à la période de cachexie offrent chaque soir un petit mouvement fébrile qui les épuise encore et affecte assez bien la marche de la fièvre hectique des cachexies profondes.

Nous croyons intéressant, en terminant ce chapitre de la

symptomatologie, de donner une observation typique de morphinisme confirmé.

OBSERVATION X (personnelle).

Prise dans le service de M. Charcot

Bonnaire, âgée de 39 ans.

Cette malade est ataxique depuis longtemps. C'est en 1870 qu'ont apparû les premières douleurs fulgurantes.

Déjà longtemps auparavant, en 68 et en 69 elle avait eu des attaques de rhumatisme ; d'un tempérament herpétique, elle était sujette aux éruptions cutanées et à l'urticaire.

En 1870 cette malade entra dans le service de M. Berger, elle eut alors des troubles cérébraux assez graves, délire, coma, etc., dont elle ignore la cause, tout ce dont elle se souvient, c'est qu'on lui fit alors ses premières piqûres, une à deux par jour, elle ignore le titre de la solution.

Elle sortit de l'hôpital, après quelques mois, prise des douleurs de l'ataxie, elle rentra en 71 dans le service de M. Gombault, où l'on combattit les douleurs fulgurantes par une moyenne de 5 piqûres par jour, au trentième.

Au bout de trois mois la malade était morphinique. — Elle réclamait ses piqûres aux heures, où elle devait les avoir et si on la faisait attendre elle était prise de nausées, de vomissements, bourdonnements d'oreilles, ténésme, coups derrière la tête, etc., et si c'était à l'heure de son repas il lui était impossible de manger avant d'avoir repris sa bienfaisante piqûre. Mais une fois faite, la malade rentrait dans son état normal, et tous les symptômes que nous venons d'indiquer disparaissaient.

Bonnaire resta jusqu'en 73 dans le service de M. Gombault ; elle se faisait alors 7 piqûres par jour au trentième. Pendant toute cette période, seuls les médecins ou les pharmaciens de l'établissement firent les

piqûres. Enfin, les douleurs fulgurantes ayant perdu de leur intensité la malade sort en 1874.

Mais elle ne put rester longtemps dehors. A la fin de la même année elle retourne à l'hôpital, où elle reste à la dose de huit à dix piqûres par jour jusqu'en 1876, en 1878 et 1880 elle va jusqu'à dix-huit piqûres, enfin elle est actuellement à onze ou douze. C'est alors que la malade constate elle-même qu'elle est en puissance de la terrible intoxication, aussi laissons-nous la parole à la malade pour nous exprimer elle-même ce qu'elle ressent. « — J'étais, dit-elle, toute la journée, comme endormie, il m'était difficile de suivre longtemps une conversation, je n'avais que des idées noires, *je rêvais tout éveillée*, j'avais complètement perdu l'appétit, j'étais presque continuellement constipée, et c'étaient des douleurs pénibles lorsqu'il me fallait aller à la garde-robe, je maigrissais, mais pas trop cependant. Et dans cet état, je ne pensais qu'à m'isoler, attendant avec impatience l'heure de ma piqûre, je n'éprouve de bien-être qu'après l'avoir faite, mais si par malheur il m'arrive de ne pouvoir la faire je suis en proie à une crise atroce. Voici d'ailleurs ce qui m'est arrivé il y a environ quinze jours et ce qui m'arrive chaque fois que je ne peux satisfaire mon habitude : j'étais sortie, l'après-midi pour aller faire une course, et par malheur j'avais oublié ma solution, l'heure de la faire approche et je commence à sentir quelques frissons, bientôt j'ai des hauts de cœur et je vomis dans la rue, les oreilles me tintent, il me semble recevoir des coups sur la nuque. Je suis tout en sueur, mes mains surtout sont baignées, elles sont comme enflées et couvertes de grosses veines douloureuses, j'ai des coliques épouvantables, il me semble qu'on me prend les *boyaux* et qu'on me les arrache, puis je sens comme une grosse boule dans le côté droit du ventre, cette boule est dure et me fait horriblement mal.

Enfin n'y pouvant plus tenir je suis obligée de m'asseoir sur le rebord du trottoir et d'attendre un fiacre.

J'en trouve un, à peine puis-je donner mon adresse, quand j'arrive à la Salpêtrière tout est démoli par moi dans l'intérieur, vitres et coussins; enfin en descendant je m'accroche à la lanterne, pour ne pas tomber, je la brise et je tombe avec.

On me transporte à mon lit, on me fait ma piqûre, et vingt minutes après je me mettais à table. »

Cette malade présente en outre une éruption papuleuse sur les deux bras.

Elle présente aussi un tremblement des mains et de la langue parfaitement caractéristique.

Cette malade se cachectise tous les jours de plus en plus.

CHAPITRE III

AMORPHINISME. DIAGNOSTIC

Nous venons de passer en revue tous les troubles produits dans l'organisme par l'habitude et l'accumulation du poison ; mais le morphinique n'en a pas encore fini avec cet hôte malfaisant qui s'est introduit si insidieusement dans sa demeure. Celui-ci y règne en maître absolu et tient tout sous sa dépendance ; il faut donc tout bouleverser et quelquefois risquer de tout détruire pour le mettre dehors.

Ainsi que nous l'a fait si judicieusement voir M. le professeur Charcot dans sa dernière clinique sur ce sujet, la morphine montre qu'elle est déjà maîtresse du terrain quand elle fait sentir au malheureux qui devient sa proie qu'il a déjà besoin d'elle pour tenir en équilibre son budget sanitaire.

S'il arrive que par hasard ou par intention une piqûre soit supprimée ou retardée ou même simplement diminuée, la maîtresse reprend son autorité : le malade est inquiet, tourmenté jusqu'à ce qu'il obéisse, il doit refaire ou compléter aussitôt son injection ; et s'il s'obstine ou si les circonstances ne le lui permettent pas, il éprouve du malaise pénible, de l'oppression, de la chaleur, des vomissements et même de la syncope.

Une des intéressantes morphiniques de la Salpêtrière, nous racontait dernièrement qu'étant allée faire une course

elle avait oublié d'emporter sa seringue et sa solution. Retardée dans son retour et malgré sa précipitation pour arriver plus tôt et son énergie pour combattre l'accès qui la menaçait elle tombe tout d'un coup sur le pavé d'une des rues voisines de l'hôpital ; elle avait les yeux hagards, l'expression inquiète et douloureuse ; une sueur froide couvrait tout son corps, ses mains devenaient tuméfiées, puis se crispaient, on la transporta aussitôt dans un coupé, dont elle démolit les glaces et la lanterne avant d'arriver à l'établissement ; là elle put faire aussitôt sa piqûre et retrouva immédiatement le calme habituel de son état normal (voyez obs. Bonnaire).

Cette malade n'est pas hystérique, elle n'a jamais eu de crises nerveuses, mais elle a l'habitude de se faire une injection à 4 heures de l'après-midi et c'est à 4 heures 10 qu'elle éprouve les accidents que nous venons de relater. Ces symptômes constituent en quelque sorte la première étape, le premier degré de ce nouveau processus que nous allons étudier.

Le malade qui s'aperçoit et fait remarquer que sa piqûre lui fait défaut, c'est le malade qui donne le premier signal du morphinisme c'est-à-dire de l'intoxication, c'est aussi le malade qui décrit le premier symptôme de l'amorphinisme, c'est-à-dire de la suppression du poison.

Il pourra dès lors arriver et il arrivera souvent en effet qu'on reconnaitra l'un par l'autre et surtout le premier par le second. Nous reviendrons sur ce point, au moment d'établir les bases du diagnostic.

Voici donc le premier phénomène de l'amorphinisme ; il consiste dans cette sorte de morphiomanie somatique qui

fait que l'organisme déjà imprégné s'aperçoit et se révolte d'un retard ou d'une suspension dans l'administration habituelle du poison.

Il s'est déjà fait une *seconde nature*, un *nouveau milieu intérieur* : supprimer ce nouveau milieu c'est sortir l'animal de son élément et rien d'étonnant qu'il se débatte contre cette dépossession.

Cette morphiomanie, ainsi que l'avait nommée M. le professeur Charcot, ne serait donc qu'un symptôme du morphinisme chronique.

Voici pourquoi nous la distinguons de la véritable morphiomanie psychique consistant dans un véritable trouble mental qui fait que les malades ne peuvent, et ne veulent sous aucun prétexte se priver de leur injection.

Rien ne saurait les convaincre et alors même qu'ils n'éprouveraient pas de malaise consécutif à la suspension du médicament, les vrais morphiomanes subissent une impulsion irrésistible qui les livre plus entièrement encore à leurs funestes habitudes.

Ceux-là pourraient en effet n'être pas morphiniques, tandis qu'au contraire les premiers se découvrent d'abord par cette autre morphiomanie de l'organisme que nous venons de décrire.

En résumé, donc un malade qui dans le cours d'une morphinisation thérapeutique habituelle se trouve bientôt soumis à la nécessité des mêmes doses quotidiennes et surtout des injections périodiques et régulières : ce malade est déjà morphinique.

Il éprouve les phénomènes de la suspension du poison

quand il retarde l'heure de sa piqure ou quand il en diminue la quantité.

Tout d'abord il sent l'heure venir à laquelle il doit se morphiniser de nouveau, et si cette heure venue il ne fait pas son injection il éprouve alors au début des sensations pénibles mal définies, de l'angoisse quelquefois des palpitations, des bouffées de chaleur, enfin du gonflement des mains, des poussées de sueurs, des vertiges, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, du ténésme rectal, de violentes douleurs derrière la tête, des sensations de coups reçus sur l'occiput et un état général excessivement pénible. Il est cependant des morphiniques qui n'éprouvent que des sensations de brûlure par tout le corps ou des douleurs lancinantes vives (service de M. Charcot, observation Papin) Nous joignons d'ailleurs à cette description l'observation d'une morphinique du service de M. Voisin, observation prise seulement au point de vue des symptômes de l'amorphinisme.

Nous noterons dans l'observation qui va suivre un phénomène que nous n'avons constaté que chez cette malade, en pareille circonstance, c'est l'ascite, nous n'hésiterons pas cependant à ranger ce symptôme parmi ceux de l'amorphinisme étant connus les troubles circulatoires considérables consécutifs à l'emploi ou à la suppression de la médication morphinée.

Nous n'essaierons pas d'expliquer complètement ce phénomène, mais nous ne pouvons nous empêcher d'être frappé de la disparition brusque de l'ascite aussitôt le retour de la médication morphinée.

OBSERVATION XI

Françoise Contois, ataxique. Cette malade est âgée de 59 ans. On lui fait des piqûres depuis 48 ans. Elle a commencé en 65 à se faire les premières pour calmer les douleurs fulgurantes. On faisait deux piqûres par jour au cinquantième, cela a duré dans la même proportion jusqu'en 69. Cette malade supportait très bien sa morphine et était instantanément soulagée. Se sentant beaucoup mieux de ses douleurs fulgurantes, cette malade cessa de se faire ses piqûres progressivement en ne prenant d'abord que les deux tiers de la seringue, ensuite la moitié, enfin 1/3 pendant trois mois, puis plus rien. Voici ce que cette malade éprouva pendant cette période de suppression :

1^o Tant qu'elle ne fit que diminuer les doses, elle éprouva des vertiges, des nausées, des bourdonnements d'oreille, un peu de diarrhée, un peu de ténésme avec contracture des muscles de l'abdomen assez douloureux, des sueurs profuses, de la tuméfaction des mains.

Mais lorsqu'il lui arrivait de ne faire aucune piqûre, cette malade éprouvait tous les symptômes précédents à un degré de violence inaccoutumé, la diarrhée étant alors intense, le ténésme horriblement douloureux, les sueurs étaient si abondantes, qu'il lui fallait immédiatement changer de linge et même de vêtements. En outre, la tuméfaction des mains était si intense que les veines se divisaient en cordons durs et même douloureux.

En outre les jours où cette malade ne s'était pas fait ses piqûres, elle éprouvait des rêves effrayants analogues à ceux des alcooliques, animaux fantastiques, poursuite par des ennemis imaginaires, chute dans des précipices, etc.

Après cette suspension de trois mois, la malade reprit ses piqûres autant (elle l'avoue elle-même) pour faire cesser les phénomènes de suppression que pour calmer ses douleurs. On lui en fit alors trois

dont deux dans la journée, et une dans la nuit. Elle continua dans ces proportions pendant cinq ans. Alors de nouveau, la malade chercha à se déshabituer, mais elle fut atteinte d'ascite et on fut obligé de la ponctionner et de lui rendre sa morphine, et alors l'ascite disparut. La malade était en ce moment dans le service de M. Charcot, et au mois de juillet l'interne du service ayant supprimé la morphine, la malade fut prise de phénomènes si aigus si si alarmants, en outre ayant paraît-il, présenté quelques symptômes de suicide, on fit passer la malade dans le service de M. Voisin, où la morphine lui fut rendue et les symptômes alarmants disparurent.

OBSERVATION XII

Observation due à l'obligeance de M. le professeur Charcot.

Papin, 68 ans. On fait des injections à cette malade depuis 4 ans, on lui en fit deux pendant 1 an, sans qu'elle éprouvât aucun désagrément de cette dose relativement forte, mais on arriva bientôt à sept et huit par jour sans que la malade souffrît jamais de l'augmentation de la dose, la solution étant au 30°.

Quand au contraire on tarde à lui faire ses injections, elle se sent serrée et criblée comme de mille coups de bistouri au niveau de l'épigastre, elle éprouve rarement des frissons, l'expiration devient très sibilante, l'inspiration saccadée et fréquente, pas de sueurs, pas de diarrhée, pas de picotements dans les doigts, pas de tendances à vomir.

Les symptômes prédominants de la suppression ou du retard chez cette malade sont donc les picotements et les troubles respiratoires.

La durée du bien-être procuré par l'injection est d'environ trois heures chez ce sujet.

Quand au contraire les injections « se joignent bien » suivant l'expression de cette même malade, l'heure se fait

cependant encore sentir, mais elle n'éprouve aucun de ses accidents.

En effet, quand les sujets continuent tranquillement leur vicieuse habitude, rien ne vient les troubler dans le calme de leur anéantissement si ce n'est les progrès de la cachexie.

Mais s'ils se décident un jour à supprimer plus ou moins brusquement le poison, ou si par accident ils sont obligés de cesser les injections, qu'ils avaient jusqu'ici dissimulées, il se produit alors tout une série de phénomènes graves dont l'évolution est rapide, la marche souvent très aiguë et qui constitue un véritable syndrome clinique que nous allons maintenant décrire.

SUPPRESSION COMPLÈTE DE LA MORPHINE

Les accidents de cette suppression absolue consistent en agitation vive, insomnie, hallucinations, sueurs profuses, petitesse du pouls, exagération énorme de l'excitabilité des réflexes, frayeurs sans motif, hésitation de la parole, troubles d'accommodation, névralgies, quelquefois délire furieux et souvent enfin des accès de collapsus suivis de coma mortel. Levinstein fait un tableau des plus complets et des plus saisissants des accidents que nous venons d'examiner sommairement (109, Levinstein. *Morphinisme*, éd. 83).

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

Le pronostic du morphinisme chronique est assurément des plus graves. Mais il est cependant quelques restrictions à faire à cette affirmation, car de même qu'il est des sujets qui supportent plus ou moins facilement l'alcool et deviennent plus ou moins facilement alcooliques, de même chaque individu n'est pas également apte à devenir morphinique, soit parce qu'en raison de son tempérament il ne supporte pas aussi bien l'absorption de la morphine, et par conséquent ne peut en prendre de grandes quantités, soit parce que, même en en absorbant beaucoup, il ne subit pas l'influence de l'intoxication.

Pourquoi ? nous l'ignorons. Il y a là un phénomène de prédisposition individuelle, qu'il est bien difficile de pénétrer.

Toutefois l'on peut dire que le morphinique, surtout le morphinique morphiomane, est en puissance d'un état malade des plus dangereux, non seulement parce qu'il a à redouter les accidents du morphinisme confirmé, mais encore parce que d'un moment à l'autre pour une cause quelconque il peut se trouver dépourvu pour un temps plus ou moins long de seringue ou de sa solution, et qu'alors il peut se trouver en proie aux terribles phénomènes de la suppression brusque.

Enfin il est des victimes de la morphine, qui, dégradées par leur funeste habitude n'ont pas reculé devant le mensonge, le vol, et même la prostitution pour continuer à satisfaire leur passion.

Nous croyons donc intéressant de donner ici un résumé succinct d'un récent rapport de M. le docteur Motet sur un cas de vol sous l'impulsion de la morphiomanie.

OBSERVATION XIII

Annales d'hygiène et méd. Leg., août 1883.

Extrait du rapport du Dr Motet.

Il s'agit d'une jeune femme du meilleur monde, J..., née de Saint-J...

Madame J..., âgée de 28 ans. Elle perd sa mère très jeune, son père ne s'occupe que fort peu d'elle et meurt, la laissant orpheline à l'âge de 16 ans. Elle a pour tuteur M. B..., qui s'occupe beaucoup d'elle, mais dont la mère folle causa à la jeune fille une terrible frayeur en la poursuivant un jour avec un couteau. On est obligé de la mettre au couvent.

Mais là, nouveaux ennuis, la jeune fille est en butte aux persécutions des religieuses qui cherchent à lui faire prendre l'habit. Enfin la jeune femme atteint sa vingtième année, se marie selon son gré, devient grosse et est prise à la fin de sa grossesse, d'accidents hystériques qui ne l'empêchent pas de mener sa grossesse à bon terme.

L'année suivante, seconde grossesse qui évolue dans les meilleures conditions.

Mais pendant une période de trois mois (79), elle a des crises épouvantables avec délire et hallucinations, véritables accès de manie hystérique, qui obligent à la mettre dans une maison de santé.

Trois mois après, elle sort en bonne santé, mais elle est prise de congestion ovarienne.

C'est alors qu'un médecin lui fit des injections morphinées, et commit l'imprudence de laisser la seringue à la disposition de la malade. Elle éprouva de ce traitement, non-seulement un soulagement énorme, mais encore la jouissance de sensations toutes particulières, auxquelles elle ne songea plus qu'à s'adonner.

Hystérique, elle ne tarda pas à en arriver à des doses énormes. « Elle dissimulait ses pratiques à son mari qui, connaissant les bizarreries de son caractère ne s'inquiéta pas outre mesure de l'état singulier dans lequel il la trouva parfois. Il ne s'était pas aperçu non plus de la disparition de livres, de linge de ménage, d'argenterie même. Madame J..., mettait tout au Mont de Piété, elle empruntait de l'argent et dépensait tout pour payer le chlorhydrate de morphine. »

Madame J..., éprouve alors quelques difficultés, pour se faire donner de la morphine chez un pharmacien qui lui fait l'observation qu'elle en prend trop, alors elle s'excuse en disant que c'est pour une autre personne, et ne retourne pas chez ce dernier.

Enfin elle rencontra un pharmacien de bonne volonté qui consentit à lui en donner à discrétion.

Mais tout à coup la situation devint difficile, ce dernier réclama une note de 1600 francs de morphine faite chez lui, et sur laquelle M^{me} J..., n'avait pu donner que 200 francs d'acompte empruntés à une amie.

Le pharmacien la menace de tout révéler à son mari si elle ne paie pas.

C'est alors que M^{me} J..., folle de terreur à l'idée de ne pouvoir plus se faire ses chères piqûres, se trouvant aux magasins de la Ville de Saint-Denis, achète pour 120 francs de marchandises, s'en fait faire un paquet, emploie un stratagème pour avoir l'air de payer à la caisse, s'enfuit avec son paquet, et revient peu de temps après demander qu'on lui rende l'argent..., en rapportant les marchandises.

M^{me} J..., est examinée au poste de police où elle passe une nuit épouvantable, sans morphine.

C'est alors que l'affaire passe devant le juge d'instruction : le pharmacien est appelé et l'on constate que du 29 mai 1881 au 27 octobre

1883, il a fourni, à madame J..., *trois mille quatre cent soixante-cinq* paquets, contenant chacun 20 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

M. le Dr Motet est appelé à examiner l'état mental de la malade et conclut à l'irresponsabilité.

La mémoire de Mme J..., est d'ailleurs profondément affaiblie, elle n'a déjà plus le souvenir précis du vol, cela est si vrai qu'encore sous le coup de la poursuite, elle commet un second vol aux magasins du Louvre.

Le lendemain, M^{me} J..., dans un accès de délire se sauve à moitié nue dans la rue et est ramenée à grand peine à son domicile par son mari aidé d'un passant. »

Dans l'état actuel M^{me} J..., est une malade atteinte d'un trouble de l'intelligence des sentiments, elle ne se dirige plus, elle obéit non pas à une passion, mais à une obsession pathologique. »

En conséquence le tribunal acquitte madame J..., née de Saint-J..., mais le pharmacien est condamné à huit jours de prison et 1000 francs d'amende.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DU MORPHINISME CHRONIQUE.

Avant d'aborder la question si délicate du traitement du morphinisme chronique et d'indiquer les différentes méthodes employées à cet effet, nous devons rappeler combien est dangereuse la suppression brusque de la morphine, ainsi que nous l'avons exposé dans nos dernières pages de l'amorphinisme.

C'est pourquoi avant d'essayer la cure d'un morphinique doit-on examiner sérieusement le malade et voir s'il n'y a pas quelque contre-indication au traitement, telles que maladies de cœur graves, anémie profonde ou grossesse.

Nous n'entendons pas par là dire qu'on ne doive pas tenter la cure, mais nous voulons seulement indiquer que l'on doit prendre les plus grandes précautions.

Supposons en effet le cas de grossesse (cas de Féré).

Si l'on supprime complètement l'on expose la mère et l'enfant aux accidents de l'amorphinisme ; si on laisse faire les piqûres en aussi grand nombre on compromet la nutrition de la mère et du fœtus, et celui-ci, arrivé à terme, naît morphinique et se trouve exposé, lors de sa naissance, aux accidents terribles de la démorphinisation brusque, contre lesquels, en pareille occurrence, ne seront applicables aucun des traitements.

Aussi croyons-nous bon, ainsi que l'a judicieusement

fait et avec le plus grand succès M. le docteur Féré, de ne pas complètement supprimer la morphine à la mère, mais de diminuer les doses autant que possible jusqu'à la naissance de l'enfant quitte à terminer le traitement après l'accouchement.

Cependant il est un fait à signaler, c'est que chez les aliénés, la suppression de la morphine n'occasionne généralement aucun trouble pas plus que l'absorption à hautes doses de ce médicament.

Nul n'ignore d'ailleurs la tolérance des aliénés pour certains poisons et pour les nonotiques en particulier.

Après avoir compulsé une grande partie des travaux faits sur le traitement du morphinisme chronique, nous croyons pouvoir réduire à deux types les différentes méthodes employées.

Ces deux méthodes sont : 1^o la suppression brusque (méthode de Levinstein); 2^o la méthode de substitution (ou méthode de Burkart).

Examinons donc successivement chacune de ces méthodes, et voyons quel avantages elles offrent et quels sont les inconvénients de chacune.

La méthode *de suppression brusque* ou méthode de Levinstein, ne consiste pas seulement à enlever au malade son cher poison et à l'abandonner ensuite à lui-même; non, nous savons trop combien il est difficile d'arracher le morphinique à sa triste habitude pour supposer que les choses se passent ainsi.

Voici comment on opère dans les établissements spéciaux créés par Levinstein. — On séquestre le malade dans une cellule de l'établissement, on l'isole complète-

ment après l'avoir fouillé et s'être assuré qu'il ne cache ni seringue, ni morphine, et n'est porteur d'aucun objet à l'aide duquel il puisse attenter à ses jours.

Les cellules elles-mêmes sont aménagées de façon ou que le malade ne puisse se faire aucun mal, tout est capitonné, les meubles n'ont que des angles mousses, aucun élan, aucune saillie ou le malade puisse accrocher une corde et se pendre.

Aussitôt le malade entré à l'établissement on supprime les piqûres, et tout le traitement consiste à combattre les symptômes de morphinisation.

Les premiers de ces symptômes sont, ainsi que nous l'avons indiqué, des frissons, de la céphalalgie, de la courbature, des nausées, des vomissements. Levinstein combat la céphalalgie par les applications froides sur la tête, des sinapismes aux pieds, l'éther et le chloroforme. Les vomissements par l'ingestion de glace, la noix vomique, la strychnine et les opiacés. — Enfin on soutient les forces des malades par les toniques, le bouillon, le vin de Porto et le champagne.

Mais si le malade, malgré cette thérapeutique, tombe dans la torpeur ou si, ce qui est très fréquent, un collapsus grave vient à l'envahir, c'est une médication bien plus énergique que l'on doit employer et les potions ammoniacales, l'électricité, les frictions stimulantes, la fustigation, sont les moyens que le maître allemand emploie, dit-il, avec succès ; enfin, il l'avoue lui-même, le retour à l'injection morphinée est quelquefois le seul moyen d'arracher le malade à un coma rapidement mortel (Levinstein. *Traitement du collapsus*).

Cette méthode, nous le voyons, présente donc de graves inconvénients; d'abord il faut trouver des malades qui veuillent bien consentir à briser d'un seul coup avec leur funeste habitude. Bien peu voudront accepter ce sacrifice et alors même qu'ils en prendraient l'engagement, le médecin doit toujours rester en garde contre les mensonges et les dissimulations auxquels auront recours des gens qui, bien que désirant briser avec leur passion mortelle, n'en continueront pas moins à se faire en secret leurs piqûres habituelles.

Nous tenons, en effet, du directeur d'un établissement hydrothérapique la note suivante : « J'ai vu, dit-il, plusieurs fois des malades venant chez moi pour se soigner de leur morphinisme, gens intelligents et du meilleur monde, cacher au pied des arbres du jardin, dans les massifs ou dans leur sommier, des solutions de morphine et des seringues, après m'avoir bien promis qu'ils n'en useraient plus qu'autant qu'on le leur ordonnerait et que les piqûres seraient faites par les médecins de l'établissement. »

Enfin, la simple description de la thérapeutique violente, employée par Levinstein pour combattre les symptômes de suppression brusque, indique toute la gravité de ces derniers et son recours à l'emploi de la piqûre est malheureusement une preuve de la fréquente inefficacité de cette thérapeutique. Nous ne conseillerons donc ce mode de traitement qu'aux personnes morphinisées et n'ayant, par conséquent, à redouter que de légers symptômes de démorphinisation.

Il est cependant une catégorie de malades chez qui la méthode de suppression brusque est la seule rationnelle ;

ces malades, nous les avons déjà nommés, ce sont les aliénés. Chez eux, aucun symptôme démorphinique, pas le moindre trouble fonctionnel.

A cette affirmative, nous joignons l'autorité de trois observations prises entre mille, observations dues à l'obligeance de M. Paul Moreau.

OBSERVATION XIV

Service de M. Moreau de Tours. Due à la complaisance de M. Paul Moreau.
Hilaire (aliéné).

Hilaire entre le 24 décembre 1881. On le sommet aux injections dès son arrivée, d'abord à la dose 10 milligrammes et on arrive bientôt progressivement jusqu'à 10 centigrammes. On supprime brusquement le 18 février sans aucun accident.

On recommence le traitement de nouveau pendant six semaines aux mêmes doses, de nouveau cessation brusque et sans accidents.

OBSERVATION XV

Helrich (aliéné).

Helrich, entré le 21 janvier 1882, morphinisé à 10 cent., suppression brusque le 10 février sans aucun phénomène.

OBSERVATION XVI

Morlon (aliénée).

Est soumise à deux reprises, 26 novembre 1881 et 22 janvier 1881, aux doses quotidiennes de 5 centigrammes. Deux fois elle supporte la cessation brusque après six semaines.

Si nous passons à l'étude de la méthode dite de substitution ou méthode de Burkart, nous constatons déjà, à notre avis du moins, un grand avantage dans la méthode de Levinstein, c'est d'éviter tous les phénomènes si graves de la suppression brusque.

En effet, voici en quoi consiste cette méthode.

On commence par supprimer une ou deux piqûres par jour, suivant le nombre auquel le malade était soumis et l'on remplace chaque piqûre par une petite dose d'opium prise à l'intérieur.

Dès les premiers jours on peut considérablement diminuer le nombre de piqûres parce que le malade est encore saturé de morphine (*Journal Thérapeutique*, 10 mars 1882, traitement du morphinisme, Londowski).

Mais après les premiers jours on diminue bien moins sensiblement toujours en remplaçant par les opiacés, jusqu'à suppression de la dernière piqûre.

Il ne s'agit plus alors que de supprimer en quelques jours l'opium, ce qui est chose plus facile.

C'est ainsi qu'on opère en l'établissement spécial du docteur Burkart où l'on obtient sans danger les meilleurs résultats. Le seul reproche que l'on puisse faire à cette méthode est la durée un peu trop longue du traitement.

M. le docteur Féré qui s'est spécialement occupé de la question, nous dit avoir toujours employé cette thérapeutique avec le plus grand succès.

Enfin il est une dernier adjuvant à ces deux méthodes, qui compte nombre d'excellents résultats, c'est l'hydrothérapie.

Mais pour la cure de cet état pathologique par la douche,

il est des règles aussi précises que pour l'emploi de l'électricité dans les paralysies.

De même, qu'il ne suffit pas d'envoyer un paralytique à un électricien, mais qu'il faut aussi indiquer le genre du courant, la durée et le mode d'application, suivant la nature ou le siège de la paralysie, de même il faut que le morphinique soit douché d'une façon spéciale, et voici l'indication donnée par Fleury, du mode de douches le plus convenable (*Journal de la santé publique*) : « Douches générales en éventail, de 25 à 30 secondes ; température 12 degrés ; pression avec atmosphère.

Par ce procédé les meilleurs résultats ont été obtenus à l'Institut hydrothérapique de Passy.

Qu'il nous suffise de citer une observation prise dans le *Journal la santé publique* (année 82).

(Voyez aussi observation VI).

OBSERVATION XVII

Vomissements incoercibles, insomnie, etc.

Mme X..., demeurant à Paris. Ovaire du côté gauche, douleurs atroces morphiniques.

Très affaiblie par les douleurs, applications de sangsues, etc. Mme X. se faisait souvent jusqu'à sept piqûres par jour ; en novembre 1881 elle était complètement morphinisée.

Elle ne pouvait supporter aucun aliment. En présence de cette situation, M. le Dr Billaut appela M. le professeur Charcot en consultation.

Il fut décidé que la malade serait éloignée de son intérieur et suivrait un traitement hydrothérapique méthodique, il fut décidé qu'on supprimerait rapidement les piqûres morphinées.

Le 10 novembre. — Mme X... vint s'installer à Passy.

Elle était dans un état de delàbrement physiologique complet : anémie profonde, surexcitation nerveuse extrême, aucun aliment n'était toléré, insomnie, vomissements, etc. à chaque instant elle réclamait ses piqûres de morphine. On essaya de lui injecter de l'eau, mais comme elle était habituée aux doses excessives de morphine, la supercherie fut vite découverte.

Néanmoins on résista aux désirs de la malade. A chaque exacerbation on la conduisait à la douche et la malade sortait de là toujours calmée.

Elle prenait en moyenne 4 douches par jour.

Bientôt elle comprit que son salut était dans l'hydrothérapie, et elle demandait elle-même les douches.

Dès la première quinzaine l'amélioration était manifeste : les vomissements étaient calmés, l'appétit ne laissait rien à désirer, les digestions faciles et la nutrition s'accomplissait normalement.

A la fin du premier mois la malade était littéralement transformée.

Enfin après six semaines de traitement la malade rentrait chez elle absolument guérie.

Nous pourrions offrir d'autres observations du même genre, mais celle-ci nous semble suffisamment probante pour ne pas insister davantage sur ce sujet.

Après avoir indiqué les différents modes de traitement curatif, il nous semble aussi utile de parler du traitement prophylactique.

Nous ne ferons point un nouveau tableau des terribles effets de la morphiomanie, nous rappellerons seulement que cette épouvantable habitude a conduit au meurtre, au vol (*Annales de médecine légale*), au suicide ; qu'elle a dégradé l'homme de toutes les façons et qu'elle l'a mené fatalement au dernier degré de l'avilissement moral et physique.

Le péril est donc immense, l'opio-phagie a envahi l'Orient. La morphiomanie, menace l'Occident. Il importe donc au médecin et au légiste d'agir énergiquement et de combattre de toute leur vaillance le terrible fléau qui se montre prêt à s'abattre sur nous.

Examinons donc avec soin les moyens de prévenir le mal, alors qu'il est encore temps.

Avant tout signalons la légèreté avec laquelle beaucoup de médecins emploient la morphine.

Pour la moindre douleur névralgique, pour la plus légère arthrite, pour une insomnie, souvent passagère, il est des hommes de l'art qui ordonnent la morphine, et sont souvent la cause d'un commencement d'habitude chez un malade, qu'un traitement des plus simples et des plus inoffensifs eût aussi bien soulagé.

D'autres confient à des gardes malades, à des étrangers, à des gens absolument sans expérience de la chose, au malade lui-même le soin de faire des injections (voyez ob. VI). Le malade est soulagé par la piqûre, il en demande une seconde, une troisième, une quatrième, la garde-malade en donne autant que le patient en demande : pourquoi laisser souffrir un malheureux, quand on possède le moyen d'apaiser ses douleurs ? Tous les jours on voit des herboristes, des sages-femmes, et même des épiciers débiter sans contrôle ce redoutable médicament. Enfin, il est des pharmaciens par trop peu consciencieux, qui malgré les règlements renouvellent indéfiniment la solution d'après la première ordonnance, voire même quand la première n'existe pas.

C'est donc au médecin qu'il incombe de prévenir ces trois grandes causes de morphinisation.

Aussi doit-il se faire un devoir de ne donner la morphine que lorsque le cas nécessite absolument l'emploi de cette thérapeutique, c'est-à-dire quand des douleurs trop vives rendent au malade la vie insupportable, lorsqu'on attend de ce traitement la cure d'une maladie telle que l'aliénation mentale ou enfin lorsque les jours du patient sont condamnés et que l'on ne doit plus chercher qu'à adoucir ses derniers instants.

Le médecin ne doit aussi faire les piqûres que lui-même, il évitera ainsi les graves inconvénients que nous avons signalés, de confier ce soin à des gens étrangers à l'art.

Enfin, il doit se faire un devoir de signaler à la justice les marchands de médicaments qui débitent avec la même facilité que le thé et le sucre les poisons les plus redoutables.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS

Nous allons passer en revue, et successivement, les différents chapitres de cet ouvrage, et voir quelles sont les conclusions à déduire de chacune des différentes propositions qui y sont contenues.

Étiologie. — Ainsi que nous espérons l'avoir prouvé par les observations fournies par M. Paul Moreau et M. Féré, nous voyons : 1° Que tous les sujets ne sont pas aptes à devenir morphiniques, soit en raison d'une intolérance idiosyncrasique de l'individu, soit à cause d'une lésion du cœur ou des reins ; 2° Nous voyons que la grande cause du morphinisme est toujours, combattre l'élément douleur, ou, de procurer une jouissance particulière, analogue aux sensations que se procurent les fumeurs d'opium, et que cet état de choses est favorisé par la trop grande facilité avec laquelle on se procure le médicament.

Symptomatologie. — Dans ce second chapitre, nous avons surtout cherché à mettre en relief certains éléments de diagnostic fournis par le tremblement des malades et par les éruptions, après avoir décrit les autres symptômes classiques plus connus. Nous avons aussi cherché à démontrer le rapport que nous croyons exister entre les éruptions de la morphine et les différents tempéraments.

Diagnostic par l'amorphinisme. — Dans cette partie de

notre modeste travail le but que nous avons cherché à atteindre, était surtout d'indiquer un moyen de diagnostic, presque infailible à notre avis, qui pût révéler l'intoxication morphinique, quelque légère qu'elle soit et malgré tous les efforts de dissimulation que puisse faire le malade.

En effet, tous les morphiniques que nous avons pu examiner n'ont jamais manqué d'accuser les mêmes symptômes à chaque fois qu'ils ont été privés de leur injection, ou que celle-ci a été retardée (excepté les aliénés), la constance de ces mêmes symptômes d'amorphinisme nous fournit donc un premier signe de diagnostic dans les cas de dissimulation (Clinique de M. le professeur Charcot).

Pronostic. — Le pronostic du morphinisme chronique est grave, grave pour deux raisons, parce qu'il constitue par lui-même un état morbide, terrible, conduisant à la déchéance intellectuelle et physique, au déshonneur, au tombeau, et parce que le traitement lui-même n'est pas exempt des accidents les plus périlleux. Nous remarquons cependant l'inocuité du terrible médicament pour les aliénés, comme nous avons pu le constater dans les services de MM. Moreau et Voisin.

Traitement. — Après avoir discuté les différents modes de traitement qui ont été employés, c'est-à-dire les traitements par suppression brusque, et le traitement par substitution, nous accordons toutes nos faveurs à ce dernier, en raison du peu de dangers auxquels il expose le patient, et de sa réussite presque certaine; après avoir montré les terribles accidents qu'occasionne souvent la suppression brusque.

Nous avons cru bon d'indiquer les règles à suivre pour éviter la propagation du morphinisme, et de montrer la

terrible responsabilité que prend le médecin qui use sans modération et sans discernement d'un médicament qui demande à être manié avec tant de prudence.

Enfin nous n'avons pu nous empêcher de signaler la conduite de quelques pharmaciens, et de nombreux commerçants qui seulement poussés par l'esprit du lucre mettent à la disposition du public un médicament si dangereux.

En entreprenant ce travail, notre but n'était point de faire une simple compilation des travaux étrangers et français publiés sur le morphinisme et de constituer un tout homogène, comportant la description d'un état pathologique qui commençait déjà à être assez nettement défini.

Nous désirions surtout préconiser les remarques récentes que notre maître M. Charcot et ses élèves ont faites sur la symptomatologie et le diagnostic du morphinisme.

Enfin nous devions aussi publier les recherches qui nous sont personnelles.

Nous espérons donc que nos juges voudront bien nous excuser de n'avoir que modérément usé des travaux étrangers, en raison des faits nouveaux qui nous ont été communiqués.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Des auteurs qui se sont occupés de morphinisme avec le nom des ouvrages ou l'indication des journaux ayant publié ces articles.

L'astérisque indique un travail important.

- * **Alonzo Calkuis.** — Opium and the opium appetite.
- Beer.** — Preuss. medicinæ Zeitung, 1864.
- Busey.** — Philadelphia med. Times, 1876.
- Brée.** — Wiener medic. Wochenschrift, 1877.
- * **Brochin.** — Gazette des hôpitaux, 1877.
- * **Burkart.** — Die chronische morphiumvergiftung Deusth. med., 1879. — Wiener med. press., 1880. — Deutsche med. Wochen, 1883.
- Bernhuber.** — Intelligenzblatt, 1878.
- * **Brerthwarte.** — Lancet, décembre 1878.
- * **Calvet.** — Essai sur le morphinisme. Th. Paris, 1876.
- Cammerer.** — Wurtemberg, ärztl. corr. blatt., 1877.
- Duchek.** — Wiener med. press., 1875.
- * **Delabanne.** — Thèse Paris, 1877.
- Eder.** — Fac. Wien. Th. 646.
- * **Erlenmeyer.** — Die morphiumsucht, 1883.
- Eliassow.** — Inaug. Dis. Königsberg, 1882.
- Fiedler.** — Über Chronische, morphium intoxicationia in Folge von hypodermastischen injectionen.
- Fletscher Juglas.** — Chicago med. journal, 1878.

- Grilli.** — Il morfinismo. Imparziale, 1881.
Gaus. — Wiener perless, 1883.
Hunter. — The Lancet, 1866.
Kautzmann. — Inaug. Discuss. Dorpat, 1868.
Kunze. — Deutsche Zeitschrift. prat. med., 1876.
Kraye. — Über glycosurie und albuminurie zum, chronischen morphiunmissbrauch. Deutsche med., 1879.
Kane. — A, case of opium smoking and morphiotaking. Saint-Louis. Clinique, 1881.
Lobel. — Wien vom Jahre, 1867.
***Legros et Onimus.** — Journal d'anatomie et de physiologie, 1869.
Loche. —
Lewin. — Deutsche medic., 1874.
***Levinstein.** — Tageblatt der vers. 1875. — Berliner medicin. 1875. — Trad. franç. Du morphinisme, 1883.
***Laborde.** — Gazette des Hôp., 1877.
***Landowski.** — Morphiomonie et morphinisme.
Lamm. — Berlin, 1877.
Lansberg. — Pffujers archiv., 1880.
Martin. — Philadelph. med. Times, 1874.
***Mattison.** — Philadelph. med. and surgeon reporter, 1874. — New-York med. Record, 1878.
Muller. — Wiener med. presse, 1880.
Obersteiner. — Brain, 1880 et 1882. — Wiener klinik, 1883.
Parrish. — The clinic, 1877.
Peper. — Philadelp. med., 1878.
Richter. — Berlin klini., 1876.
Rosembaum. — Inaug. Dis. Dorpat, 1879.
Samter. — Deutsch klinik, 1864.
Schule. — Leipzig, 1878.
Steculis. — Gaz. med Orient, 1881.
Weinlechner. — Wienn. med., 1870.
Whiphan. — Clin. soc. Tras., 1875.

Witkowski. — Archives pathologie et pharmacologie expérimentale. Leipzig, 1877.— Deutsch med. Wochenschrift, 1879.

Wiener. — Wiener med. pres., 1880.

Zeppenfeld. — Inaug. discus. Wurzburg, 1879.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie. — Des artères et des veines.

Physiologie. — Des sécrétions et excréctions.

Physique. — Acoustique.

Chimie. — Les sels purgatifs et vomitifs.

Histoire naturelle. — Les insectes employés en thérapeutique.

Pathologie externe. — Les fractures du col.

Pathologie interne. — Maladies du système nerveux. Tabes.

Médecine opératoire. — Les différentes méthodes d'ablation des doigts.

Thérapeutique. — Les quinquinas.

Hygiène. — Les grandes causes de la fièvre typhoïde.

Médecine légale. — La recherche du phosphore et arsenic.

Accouchements. — Indication de la version par manœuvres externes.

Vu par le président de la thèse,

CHARCOT.

Vu et permis d'imprimer,

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS

GRÉARD.

